Zur Casuistik des Carcinoma Linguae

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an der Friedrich-Wilhelm-Universität
zu Berlin

Von

Walter Graetzer

aus Berlin

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Tag der Promotion: ~~31. Mai~~ 20. 9. 1921

K. Sichting, Reinickendorf, Provinzstr. 129

55

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät zu Berlin

Dekan: Prof. Dr. Rubner
Referent: Prof. Dr. Köhler

Der Zungenkrebs hatte von jeher für die Chirurgen das größte Interesse, das durch die immer besser werdenden Operationsresultate nur gefördert wurde. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit 54 Fällen, die in den Jahren 1900 bis 1920 in der Charité zu Berlin behandelt worden sind.

Ist die Aetiologie des Krebses auch trotz eifrigster Forscherarbeit noch immer in Dunkel gehüllt, so müssen wir doch für den Zungenkrebs Gelegenheitsursachen mechanischer, chemischer und thermischer Natur annehmen. Die Lues in ihrer Eigenschaft als Allgemeinerkrankung als ursächliches Moment anzuerkennen, darüber herrscht keine Einigkeit. Oft entwickelt sich das Ca auf dem Boden einer Leukoplakie, mag diese nun durch den chronischen Reiz des Rauchens oder syphilitisch bedingt sein. Bekannt ist die durch das Lebensalter geschaffene Präsisposition; das mittlere und höhere Alter ist bevorzugt, bei Kindern ist der Zungenkrebs ganz unbekannt.

Der Zungenkrebs zeichnet sich aus durch ausgesprochene Härte, die sich auch besonders bei dem geschwürigen Zerfall zeigt. Schmerzen treten leider erst sehr spät auf, meist ist die beste Zeit zum Eingreifen dann bereits verpaßt. Lieblingssitze sind die Zungenränder, häufiger die hintere als die vordere Partie. Die Häufigkeit in der Erkrankung der rechten und linken Seite schwankt. Die Weiterentwicklung des Ca erfolgt per continuitatem und ganz besonders auf dem Lymphwege. Differentialdiagnostisch sind auszuschließen Dekubitalgeschwüre, Gumma, Tuberkulose, Sarkom, Aktinomykose. Bei dem geringsten Verdacht auf Ca ist die Probeexcision vorzunehmen. Das Auftreten von Drüsenmetastasen ist für die Prognose und Therapie von größter Bedeutung, zu deren Verständnis die Kenntnis des weitverzweigten Lymphgefäßsystems der Zunge erforderlich ist. Küttner hat durch Injektion in die Lymphbahnen festgestellt, daß die oberflächlichen Lymphgefäßnetze beider Zungenhälften in Kontinuität stehen, und daß reichliche Anastomosen zwischen den Lymphbahnen aller Zungenteile bestehen, sodaß also jede einzelne Drüse, die zum Lymphgefäßgebiet der Zunge gehört, von allen Zungenabschnitten Lymphzufluß erhalten kann. Für die Operation gilt gerade bei dem Zungenkrebse die Regel: Kleine Krebse, große Operationen! Um die Recidivgefahr möglichst zu vermeiden, wird man am besten stets, selbst wenn keine Drüsenmetastasen fühlbar sind, zuerst die

Lymphdrüsen entfernen. Die einfachste und von Küttner immer wieder empfohlene Operationsmethode ist die Excision des Ca weit im Gesunden vom Munde aus, die auch bei uns die besten Resultate zeigt. Früher verwandte man für die Entfernung noch vielfach den Thermocautor. Die nächsten Operationen sind die mittels Weichteilspaltung, entweder kann die quere Wangenspaltung oder die Operation von der Regio submentalis aus nach von Bergmann vorgenommen werden. Endlich folgen die Operationen mit Kieferndurchsägung, die bei großer Ausdehnung des Ca angewendet werden, um sich einen bequemen, übersichtlichen Zugang zu verschaffen. Die Methoden nach v. Langenbeck, v. Bergmann mit Durchsägung auf der kranken Seite, die nach Kocher-Sédillot von der Mitte aus und die bilaterale Durchsägung nach Billroth sind die häufigsten. Bei Erkrankung des Kiefers selbst muß schließlich der Unterkiefer im Temporomandibular-Gelenke exstirpiert werden.

Von unseren 54 beobachteten Fällen, unter denen 12 Frauen waren, konnten 46 operiert werden. Vier Fälle waren inorabel und vier Patienten verweigerten die Operation. Einschließlich der in 14 Fällen notwendig gewordenen Recidiv-Operationen wurde operiert: vom Munde aus 23 mal, mittels Wangenspaltung 9 mal, von der Regio submentalis aus 1 mal und mit Unterkiefer-Durchsägung 19 mal, und zwar v. Langenbeck-v. Bergmann 14 mal, nach Kocher 3 mal und mittels bilateraler Durchsägung 2 mal. Die Unterkiefer-Exstirpation endlich mußte 1 mal vorgenommen werden. Es stellte sich eine Operationsmortalität von 18,86 % heraus, d. h. es verstarben 10 Patienten unmittelbar an den Folgen der Operation. Außer diesen starben später noch (wenige Wochen bis zu 1 ½ Jahren nach gut überstandener Operation) 24 Patienten. Diesen stehen aber erfreulicherweise doch 10 Patienten gegenüber, die völlig geheilt werden konnten, bis zum heutigen Tage auf die Dauer von 1 ½ bis zu 13 Jahren. Von diesen ist ein Patient 12 Jahre nach der Operation an Grippe verstorben. Am besten schneiden bei diesen Dauerheilungen die vom Munde aus durch Excision im Gesunden vorgenommenen Operationen mit 27, 27 % ab, dann erst folgen die nach der v. Bergmann-v. Langenbeck'schen Methode erfolgten Operationen mit 21, 42 % Dauerheilungen. Die beste Aussicht auf Erfolg bietet also, wie auch Küttner immer wieder betont, die einfachste Operationsmethode.